Zwei Fälle

von

primärem Carcinom der Vulva.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

H. C. Nahmmacher,
approb. Arzt aus Neubrandenburg (Mecklenburg).

Kiel 1901.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Zwei Fälle

von

primären Carcinom der Vulva.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

H. C. Nahmmacher,
approb. Arzt aus Neubrandenburg (Mecklenburg).

Kiel 1901.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 106.

Rektoratsjahr 1901/1902.

Referent: Dr. **Werth.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Helferich,**
z. Z. Dekan.

Meinen Eltern

Die anatomische Forschung hat festgestellt, dass der Krebs in einer atypischen Wucherung der Deckzellen, die die Oberfläche des Körpers, seine Höhlen und Drüsen auskleiden, besteht. Warum aber diese Zellen beim Weiterwachsen weder Knochen, Gefässe noch Nerven verschonen, warum sie schliesslich den ganzen Körper überschwemmen und mit neuen Krebskeimen infizieren ist bis dahin noch unbekannt geblieben.

Nun nimmt gerade von allen bösartigen Geschwülsten entschieden das Carcinom die erste Stelle ein, und besonders das weibliche Geschlecht ist es, welches so ausserordentlich häufig von jenem so verhängnisvollen Leiden befallen wird. Eine Thatsache, die sich dadurch erklärt, dass sowohl die Mamma, wie auch der ganze Sexualapparat des Weibes entschieden zur Entwickelung maligner Tumoren, speziell des Carcinoms disponiert sind.

Dieses befällt nun nicht gerade alle Geschlechtsorgane gleich häufig, denn es lässt sich entschieden eine Abnahme desselben von innen nach aussen feststellen und gewissermassen folgende Stufenleiter angeben: Uterus, Mamma, Ovarien, Vagina, und Vulva; aber sehen wir uns Zahlen an, so werden wir erkennen wie geradezu erschreckend häufig z. B. der Uterus der Sitz eines Carcinoms ist.

L. Mayer, der die Zusammenstellungen von Virchow, Marc d'Espinu und Tauchon benutzt, fand unter 10187 Carcinomen allein 3169 des Uterus, d. i. also 31 % sämtlicher Carcinome.

Dagegen sind auffallenderweise die äusseren Genitalien des Weibes eigentlich selten der Sitz eines primären Carcinoms.

An der Hand grosser Statistiken wird z. B. für das Vulvacarcinom der Prozentsatz auf nur 0,6 % berechnet. Virchow sagt, dass auf 35—40 Carcinomen des Uterus nur 1 Carcinom der Vulva kommt. Gurlt giebt das Verhältnis von 48 : 1, und Schwarz von 30 : 1 an.

Eisenhardt fand unter 658 gynäkologisch Kranken nur 2 primäre Vulvacarcinome.

Hildebrandt schreibt darüber:

„Trotz der grossen Häufigkeit mit welcher carcinomatöse Degenerationen bei Frauen vorkommen und bei diesen vorwiegend in den Genitalorganen ihren Sitz haben, zählen maligne Tumoren der äusseren weiblichen Genitalien zu den Seltenheiten".

In dem gleichen Sinne äussern sich auch Förster, Scanzoni n. A. m.

Wir sehen aus diesen Zusammenstellungen, dass das primäre Carcinom der Vulva eine immerhin seltene Erkrankung ist, so dass es vielleicht nicht unangebracht ist, den bis dahin bekannten Fällen zwei neue Fälle hinzuzufügen.

Durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Professor Dr. Glaevecke sind mir zwei Krankengeschichten von Frauen, die wegen primären Vulvacarcinoms von ihm operiert wurden, zur Verfügung gestellt, die ich hier nun folgen lasse:

Fall I.

Frau Elisabeth Ha . . , 76 Jahre alt, hat 10 mal geboren, zuletzt vor 20 Jahren. Sie bemerkt seit einem Jahr Schmerzen in der rechten grossen Schamlippe, die sich seit einem halben Jahre sehr steigerten und jetzt hochgradige sind. Seit derselben Zeit bildete sich „dort unten eine kleine Stelle".

Die Patientin ist eine alte, nicht kachektische Frau. Auf der nebenstehenden Abbildung dieses Falles sehen wir an der rechten grossen Schamlippe ein nahezu thalergrosses

Frau Elisabeth Ha... 76 Jahre alt.
Primäres Carcinom der Vulva.

carcinomatöses Geschwür, das in der Mitte ulceriert und mit gangränösen Fetzen bedeckt ist. Das Geschwür greift auf das Frenulum und etwas auf die linke grosse Labie über, geht aber nicht weiter in die Tiefe und in die Vagina hinein. Die Inguinaldrüsen scheinen beiderseits noch frei zu sein.

Die Operation wurde am 21. II. 1900 in Chloroformnarkose vorgenommen. Zuerst wurden die ulcerierenden Stellen mit dem Paquelin gebrannt und dann die carcinomatöse Stelle, überall 1—1½ cm von dem kranken Gewebe abbleibend, umschnitten. Das flache Geschwür wird nun aus der Tiefe scharf herausgetrennt und dabei möglichst viel von der gesunden Unterlage mit entfernt. Nachdem die Blutung gestillt, wird die Wunde mit versenkter und oberflächlicher Catgutnaht geschlossen.

Zur Entfernung der Inguinaldrüsen wird ein Schnitt in der rechten Leistenbeuge bis auf die Fascie geführt und eine grosse und mehrere kleinere Drüsen entfernt, die aber nicht carcinomatös erkrankt aussehen. Die Wunde wird ebenfalls durch versenkte und oberflächliche Naht verschlossen.

Während die Wunde in der Leistenbeuge per primam intentionem heilt, weicht die Wunde an der Vulva bald auseinander, sezerniert stark eitrig und ist mit dickem eitrigen Belägen bedeckt, denen ein sehr übler Geruch anhaftet. Bei geeigneter Behandlung aber reinigt sich diese Wunde bald

wieder und macht gute Fortschritte zur Heilung, so dass die Frau am 21. III. 00 mit gut granulierender Wunde entlassen werden kann.

Die mikroskopische Untersuchung des herausgeschnittenen Geschwürs ergiebt nun Folgendes:

Die dünne Schicht des normalen Epithels ist an umschriebener Stelle (Geschwürstelle) vollständig zu Grunde gegangen und umgewandelt in zum Teil verhornte, strukturlose Detritusmassen. Der Rand des Geschwürs ist etwas über die Umgebung hervorragend (gewulstet) und dicht unter der freien Fläche stark kleinzellig infiltriert. Das Geschwür geht in sanftem Bogen in die Tiefe (makroskopisch ca. 1 mm). In dieser oberflächlichen, sehr schmalen etwas zerfetzten Schicht ist, wie oben erwähnt, eine feinere Struktur nicht zu erkennen. Dicht unter dem erhaltenen Epithel ist teils stärkere, teils geringe kleinzellige Infiltration an dem ganzen Schnitte zu erkennen.

Auf die strukturlose Schicht folgt dann die eigentliche Krebszellenschicht, die deutlich gekennzeichnet ist durch reichliche Mengen von verhornten Epithelperlen. Zwischen diese ziehen die Epithelzellen teils in schmalen Zügen, teils auch Zapfen und inselförmig angeordnet, stark geschwellt in die Tiefe. An verschiedenen Stellen fliessen hier die Epithelzellen zu grösseren Flächen zusammen, die die obige Anordnung in Zügen etc. nicht mehr zeigen. Zwischen den Epithelsträngen ist nur wenig Bindegewebe zu bemerken, welches, wo es vorhanden, stark kleinzellig infiltriert ist und das Bild sehr undeutlich erscheinen lässt.

Zu unterst gegen das normale Bindegewebe kommt eine schmale Schicht von gering kleinzellig infiltriertem Bindegewebe; die kleinzellige Infiltration — natürlich entzündlichen Charakters — ist hier vornehmlich an die engere Umgebung der Gefässe gebunden.

Die Krebszellen haben etwa die Grösse des normalen Deckepithels der Haut, mit intensiv färbbaren grossen Kern und reichlichem Protoplasma; ihre Grenzen sind nicht besonders

deutlich hervorgehoben. In der oberen Schicht sind die Zellen stark abgeplattet gegen einander und zeigen, wie schon erwähnt, teils beginnende, teils vollendete Verhornung mit Zusammenlagerung zu Epithelperlen.

Gefässe sind in der Geschwulst und namentlich am Rande derselben stark entwickelt und gefüllt.

Die Form und vor allem die Anordnung der Zellen und Zapfen und ihre ausgesprochene Neigung zur Verhornung sprechen dafür, dass sie vom Epithel der Haut ihren Ursprung nehmen.

Am 16. V. 00 zeigte sich die Patientin wieder und klagte über etwas Jucken in der linken Seite der Vulva. Es fand sich an der bezeichneten Stelle eine kleine erbsengrosse Geschwulst, die sich zwar hart anfühlte, aber mit vollständig intaktem Epithel bedeckt war.

Bei einer weiteren Untersuchung am 25. VI. 00 gab die Patientin an, dass das lästige Jucken nachgelassen habe und nur selten und dann auch nur in geringem Grade auftrete. Der bei der letzten Untersuchung festgestellte Knoten in der linken Vulvaseite war verschwunden, dafür wurde aber in der rechten Inguinalgegend eine ca. bohnengrosse geschwollene Drüse gefunden.

Die Patientin hat sich dann nicht wieder gezeigt. Nach Angabe vom behandelnden Arzt ist dieselbe im Dezember 1900 gestorben, also nach einem $^3/_4$ Jahr, nachdem er zuerst im November ein grosses Recidiv, das damals schon die linke Seite der Vulva und die linke Leistenbeuge ergriffen hatte, nachweisen konnte.

Fall II.

Frau Hi . . . ist 56 Jahre alt. Vor 7 Jahren haben die menses aufgehört. Seit $1^1/_2$ Jahr leidet die Patientin sehr häufig an wunden Stellen an beiden grossen Labien, die ihr heftige Schmerzen bereiten. Auch bilden sich dort häufiger Furunkel. An Ausfluss will die Patientin nicht gelitten haben.

Im Januar 1900 war Frau Hi . . . wegen eines Abscesses der rechten Bartholinischen Drüse in Behandlung. Derselbe wurde gespalten und später geätzt und dann die Frau als geheilt entlassen. Einige Wochen darauf aber stellten sich die alten Schmerzen und das Brennen wieder ein, so dass sich die Patientin von Neuem in ärztliche Behandlung gab.

An der rechten grossen Schamlippe in der Mitte, an der Stelle der Bartholinischen Drüse, genau an derselben Stelle, wo früher der Abscess bestanden hatte, befindet sich ein längliches, über die Oberfläche erhabenes, ca. Thalerstück grosses, carcinomatöses Geschwür, welches sich hart anfühlt. Dasselbe ist in der Mitte mit speckigen Belägen bedeckt. Die Inguinaldrüsen sind nicht geschwollen.

Die Operation am 4. IV. 1900 wird in Chloroformnarkose ausgeführt. Es wird zuerst die rechte Inguinalgegend ausgeräumt und dabei mehrere völlig unverdächtig aussehende Drüsen entfernt. Die Wunde wird durch Catgutnaht verschlossen. Dann wird das Carcinom mit dem Paquelin gebrannt und dasselbe in länglicher, ovaler Form, überall im Gesunden 1—1½ cm vom Rande des Geschwürs abbleibend, umschnitten, so dass die ganze rechte Labie mit fortkommt. Das Carcinom wird aus der Tiefe mit dem Messer scharf herausgetrennt, so dass noch möglichst viel von der gesunden Unterlage mit entfernt wird. Nachdem die Blutung gestillt, wird die ziemlich bedeutend klaffende Wunde durch versenkte und oberflächliche Catgutnähte vereinigt. Die Naht steht etwas unter Spannung.

Einige Tage nach der Operation stellt sich eine eitrige Cystitis ein, die aber durch entsprechende Behandlung bald geheilt wird, trotzdem findet eine Infektion der Operationswunden nicht statt. Die Wunde in der Leistenbeuge zeigt oberflächliche Hautmacerationen und die Wunde an der Vulva ist an beiden Enden auseinander gewichen, dabei jedoch mit guten Granulationen bedeckt.

Am 24. IV. kann die Patientin das Bett verlassen und bald darauf auch geheilt entlassen werden.

Im mikroskopischen Präparat sehen wir bis zum Rande des eigentlichen Krebsgeschwürs die Haut im Ganzen ohne besondere Veränderungen, nur treten im Stratum papillare kleinzellige (entzündliche) Infiltrationen auf, die in nächster Nähe des Geschwürsrandes immer dichter werden. Sie reichen bis zum Beginn des subcutanen Fettgewebes. Die Geschwürsfläche selbst ist belegt mit einer sehr schmalen Schicht nekrotischen, verhornten, strukturlosen Gewebes. Die bis dahin normale Epidermis verliert ihre zapfenförmige Anordnung, die Epithelzellen sind im Zustande starker, regelloser Wucherung, die sich aber mehr flächenhaft ausbreitet und wenig Neigung besitzt in die Tiefe fortzuschreiten; sie überschreitet an keiner Stelle die Grenze zwischen Cutis und Pauniculus adiposus. Die Schicht der krebsig infiltrierten Partie ist makroskopisch 1—1½ cm breit. Zwischen den gewucherten Epithelzellenhaufen findet sich überall entzündliche Infiltration. Am Rande sieht man einen direkten Übergang von den normalen Epithelzellen zu den in pathologischer Wucherung begriffenen. Die Wucherung der Geschwulstzellen hält sich hauptsächlich an die Bindegewebsspalten und man sieht an verschiedenen Stellen eine verzweigte oder sternförmige Anordnung. Näher der Oberfläche des Geschwürs zeigen sich ausgebildete verhornte Epithelperlen. Die Drüsen der Haut zeigen keinerlei pathologische Veränderungen.

Der Ausgangspunkt ist also das Epithel der Haut. Der direkte Übergang, die Form der Krebszellen, ihre Neigung zur Verhornung und die flächenhafte Ausbreitung, sowie die geringe Neigung in die Tiefe zu wuchern bestätigen dies genügend.

Die Patientin hat sich Ende März 1901 wieder vorgestellt, so dass durch die Untersuchung festgestellt werden konnte, dass sowohl die Vulva- wie die Inguinalwunde keine recidivverdächtige Stellen aufweisen. Die Patientin fühlt sich vollkommen wohl, hat zuweilen nur etwas Jucken in der linken gesunden Seite der Vulva. Die Haut ist hier etwas spröde.

Am 10. Oktober 1901 zeigte sich die Patientin wieder. Es besteht auch ohne Douchen kein Ausfluss. Die Frau kann jetzt tüchtig gehen. Weder in der Vulva noch in der Leistenbeuge ist eine Spur von einem Recidiv, nur ist die Haut der Vulva leicht gerötet und manchmal etwas spröde.

Dieser Fall ist also als ein nach $1^1/_2$ Jahr vollkommen recidivfreier anzusehen.

Fragen wir nun nach der Aetiologie des primären Vulvacarcinoms, so müssen wir leider eingestehen, dass sich ein bestimmtes und sicheres aetiologisches Moment für dasselbe nicht anführen lässt. In der Litteratur finden wir eine so grosse Anzahl von Momenten, die alle als Ursache für das Vulvacarcinom hingestellt werden, dass wir nicht auf alle eingehen können, sondern nur auf die am häufigsten genannten hinweisen wollen.

Da ist es nun das Trauma, in den verschiedensten Gestalten, das die Veranlassung zu jenem unheilvollen Leiden geworden sein soll. Ein Fall, ein Stoss auf die äusseren Genitalien, selbst das Scheuern eines Bruchbandes u. A. m. werden hierfür angeführt. Ganz besonders häufig wird auch hingewiesen auf die mechanischen Insulte, wie sie intra partum, und vor allem bei Zangengeburten durchaus nicht selten vorkommen. Selbst zahlreiche und roh ausgeführte Cohabitationen, oder abusus in Venere sollen Schuld sein an der Entwickelung des Carcinoms. Wie auch Lues und Tripper hierfür nicht unerwähnt bleiben.

Wenn auch zugegeben werden soll, dass alle soeben angeführten Ursachen auf die Entwicklung eines Vulvacarcinoms von Einfluss sein können, so kann man sie als wirklich aetiologisches Moment doch wohl nicht hinstellen, sondern dieselben nur als praedisponierende Momente verwerten.

Mehr Wahrscheinlichkeit hat sicher schon die Annahme, dass kleine, gutartige Geschwülste, Papillome oder Condylome, die in dieser Gegend so sehr häufig sind, durch irgendwelche

Einflüsse später zu bösartigen werden können. So sagt z. B. Rosenbaum in seiner Arbeit über die Melanome der Vulva, dass deren innige und direkte Beziehungen zu Pigmentwarzen und Pigmentmälern, angeborenen sowohl wie im späterem Alter erworbenen, von fast allen Autoren zugegeben wird. Sicher werden auch zwischen den oben genannten Tumoren und den Vulvacarcinomen irgend welche Beziehungen bestehen, dass sie aber die eigentliche Ursache für dieselben sind, wird man nicht ohne Weiteres behaupten dürfen. Es wird durch dieselben entschieden eine erhöhte Disposition für das Vulvacarcinom geschaffen, aber es müssen noch besondere Momente hinzutreten, die den Krebs selbst veranlassen.

Wohl tritt einmal in Anschluss an eine Verletzung, nach einer Zangengeburt und dgl. eine Krebskrankheit auf, wohl entwickelt sich einmal aus einer warzigen Hervorragung, aus einem Papillom ein Carcinom, hundertmal aber bleibt es auch nach einer solchen Veranlassung aus.

Einen jedenfalls nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Entstehung des Vulvacarcinoms hat entschieden der Pruritus vulvae. In der Litteratur wird daher auch ganz besonders auf denselben als aetiologisches Moment hingewiesen. So berichtet Schwarz von 23 Vulvacarcinomen, bei denen 10 mal Pruritus vulvae vorhanden war. Lutzenberger beschreibt 8 Fälle, bei denen alle längere oder kürzere Zeit Pruritus bestand. Auch haben Martin, Czempin, Jacobs u. A. Fälle dieser Art veröffentlicht. Hierbei muss man wieder an den mechanischen, oft wiederholten Reiz denken, denn bei dem Jucken und Brennen bleibt ein Kratzen und Scheuern der Frauen an den erkrankten Stellen nicht aus.

Man wird sich nun aber die Frage vorlegen müssen, ist nun der Pruritus eins der ersten Anzeichen des Carcinoms, oder hat dasselbe sich infolge des Pruritus entwickelt. Möglich ist an und für sich beides, und es muss auf die Klage über Pruritus entschieden Gewicht gelegt werden. Wahrscheinlicher

ist jedoch, dass das Carcinom sich auf dem Boden des Pruritus entwickelt hat, denn dieser ist schon häufig vorhanden, wenn noch gar keine Anzeichen des Carcinoms zu sehen sind. Auf jeden Fall werden durch den Pruritus Bedingungen geschaffen, die für die Entwickelung des Carcinoms besonders günstig sind; und ausserdem kommt noch hinzu, dass bei dieser Erkrankung durch das häufige Jucken und Scheuern dieser Gegend ein dauernder Reiz ausgeübt wird, der das Wachstum des Carcinoms entschieden befördert.

Hierfür spricht ja auch unser Fall II, denn dort bestand schon längere Zeit Pruritus, bevor sich das Carcinom entwickelte. Ist nun dasselbe vielleicht auch nicht direkt aus dem Pruritus entstanden, so hat das Carcinom doch sicherlich für seine Entwickelung einen, durch den Pruritus veranlasst, für dasselbe günstigen Boden vorgefunden.

Schwieriger ist es nun im Falle I, die Ursache dieses Carcinoms festzustellen. Möglich ist ja, dass die grosse Anzahl der Geburten (10) der Entwickelung dieses Leidens einen günstigen Boden geschaffen hat, doch kann hier ja auch das hohe Alter der Patientin in Betracht kommen.

Man ist ja auch heute noch immer geneigt, die Krebskrankheit als eine Alterskrankheit hinzustellen, aber es mehren sich doch schon die Beobachtungen, dass das Carcinom auch im jugendlichen Alter recht häufig zum Vorschein kommt.

Einen gewissen Einfluss wird man dem Alter auch auf das Vulvacarcinom nicht absprechen dürfen, wenn es sich dabei auch nur, wie Thiersch sagt, um ein mit dem höheren Alter eintretendes Übergewicht des Epithels über das Bindegewebe handelt.

Wir finden nämlich, dass die Frauen gerade im V. und VI. Decennium besonders häufig vom Carcinom befallen werden und wir müssen sagen, dass die weiblichen Geschlechtsorgane gegen das Ende ihrer geschlechtlichen Thätigkeit entschieden dazu disponieren.

Winkel stellt hierüber folgende Statistik auf:

zwischen	30	und	40	Jahren	9,7 %
„	41	„	50	„	25,8 „
„	51	„	60	„	32,2 „
„	61	„	70	„	25,8 „
„	71	„	75	„	6,5 „

L. Mayer, wie folgt:

zwischen	20	und	30	Jahren	4,51 %
„	31	„	40	„	22,93 „
„	41	„	50	„	41,72 „
„	51	„	60	„	20,68 „
„	61	„	70	„	9,03 „
„	71	„	80	„	1,13 „

Die Entwickelung des primären Vulvacarcinoms ist sehr mannigfaltig und oft nicht ganz deutlich zu erkennen. Die ersten Erscheinungen desselben sind meistens so geringe — Schmerzen bestehen im Anfange fast niemals —, dass die Erkrankten garnicht darauf achten, ja dass selbst der Arzt sich leicht durch dieselben täuschen lässt. Manchmal besteht nur ein unbedeutendes Jucken und eine leichte Anschwellung der Vulva, häufiger dagegen ist, wie schon oben erwähnt wurde, Pruritus vulvae das erste Zeichen der Erkrankung.

Seinen Ausgang nimmt das Vulvacarcinom am häufigsten von den grossen oder kleinen Labien und der Clitoris, während die Bartholinischen Drüsen weit seltener primär carcinomatös erkranken.

Das Wachstum gestaltet sich dann ebenso schnell und verheerend, wie bei der gleichen Erkrankung anderer Organe. Der zuerst unbeachtete Tumor, oder die kleine Verdickung an der Vulva wird in kurzer Zeit härter und grösser. Es stellen sich Schmerzen ein, die vor allem bei der Cohabitation in ganz besonderem Masse empfunden werden. Verhältnismässig sehr früh aber, was besonders zu beachten ist, tritt beim Vulvacarcinom Ulceration ein. Wenn aber erst Schmerzen

und starke foetide Absonderung die Patientinnen zum Arzte treibt, ist meist die Zeit der Heilung vorbei und die Erkrankten gehen schliesslich an den Metastasen und allgemeinen Marasmus zu Grunde.

Um so auffallender ist es daher, dass die Leistendrüsen meist erst so spät erkranken. Bei sehr vielen Fällen, die wir in der Litteratur vorfinden, wird besonders darauf aufmerksam gemacht, dass die Lymphdrüsen nicht mit erkrankt sind.

Ingermann-Amitin beschreibt einen Fall, in dem trotz Ulceration die Drüsen noch frei waren. Schwarz fand unter 23 Fällen 11 mal die Drüsen geschwollen, 12 mal nicht; unter diesen 11 Fällen fanden sich nur 5 mal krebsig degenerierte Drüsen.

Auch in den beiden oben näher beschriebenen Fällen zeigten die Leistendrüsen keine makroskopisch sichtbare Infiltration, obwohl doch in dem einen Fall das Carcinom schon über ein Jahr bestand und eine thalergrosse Ausdehnung gewonnen hatte.

Ein Punkt, auf den man ferner entschieden hinweisen muss, ist auch der, dass das Vulvacarcinom nur äusserst selten auf die Vagina übergreift, wie auch in unseren beiden Fällen die Vagina nicht miterkrankt war, während z. B. das Uteruscarcinom nur allzuhäufig die Vagina mitergreift.

Hildebrandt sagt: „Das Carcinom der Vulva überschreitet nur ganz ausnahmsweise die durch die Carunculae myrtiformes angegebenen Grenzen des Vestibulums".

Das Carcinom hält sich gewöhnlich an die Epithelsorte, in der es entstanden ist, so dass eben die doch immerhin bestehende Verschiedenheit des Epithels der äusseren Haut und der Vagina dem Übergreifen des Carcinoms von dem einen auf das andere einen gewissen Widerstand entgegen setzt. Ganz besonders scheint die schleimhautartige Haut der Vulva, vielleicht wegen des Pflasterepithels und der beträchtlichen Epitheldesquamation, woraus ein fortwährender Ersatz resultiert, einen gewissen Schutz gegen das Carcinom zu zeigen.

Die Diagnose des Vulvacarcinomes ist meist leicht zu stellen. Vielleicht könnte sie im Beginn der Erkrankung einmal einige Schwierigkeiten machen, denn wenn es erst zu Geschwürsbildung gekommen ist, so werden die unregelmässige Gestalt desselben, die ausgesprochene Verhärtung (Induration) der Ränder, des Geschwürsgrundes und der nächsten Umgebung bald zu der richtigen Erkenntnis führen. In zweifelhaften Fällen wird ja immer das Mikroskop zur richtigen Diagnose verhelfen.

Auch die luetischen Affektionen dieser Gegend, die differentiell diagnostisch nicht ausser Acht gelassen werden dürfen, werden durch eine genaue Anamnese leicht festgestellt werden können, andernfalls wird eine antiluetische Kur bald darüber Klarheit schaffen.

Interessant ist ferner, dass beim Vulvacarcinom nicht selten symmetrische Stellen der Vulva ergriffen werden. Es sind Fälle beobachtet worden, wo ein Carcinom der einen Labie einer carcinomatösen Degeneration der anderen genau entsprach. Hier handelt es sich wohl um die sogenannte Kontaktinfektion. Von der erkrankten Seite sind lebensfähige Krebszellen auf die gesunde Seite direkt implantiert worden, die dann weiter gewachsen sind, wie vielleicht analog der Reverdin'schen Implantation von Hautstückchen. Deswegen ist die Metastasenbildung, indem Krankheitskeime durch Blut- und Lymphbahnen verschleppt werden, die ihrer hohen Vegetationsfähigkeiten zufolge auch an entfernten Stellen krebsige Wucherungen entstehen lassen, beim Vulvacarcinom ebenso gross, wie bei jedem anderen Carcinom.

Was nun die Formen der Vulvacarcinome anbetrifft, so ist das dem Hautkrebs am nächsten stehende Cancroid hier unbedingt vorherrschend, während das Medullarcarcinom und das melanotische Carcinom bedeutend seltener sind. Auch unsere beiden Fälle gehören entschieden der zuerst genannten Form an.

Nach den Angaben von L. Mayer, Küstner, Zweifel ist die Reihenfolge, wie sie Rosenbaum in seiner oben

genannten Arbeit angiebt: Cancroid, Medullarcarcinom und Skirrhus.

Schwarz hat 13 Fälle von Vulvacarcinomen beschrieben, die sämmtlich Cancroide sind. Winkel behandelte 17 Kranke mit Vulvacarcinomen von denen 16 Cancroide waren. Blumke hat unter 14 Fällen 13 mal Cancroid beobachtet. Von den beiden anderen Formen sind nur einige wenige Fälle in der Litteratur beschrieben und überall wird hervorgehoben, dass sie sehr selten sind.

Beschäftigen wir uns nun mit der Prognose der Vulvacarcinome, so hängt diese, wie fast immer natürlich davon ab, in welchem Stadium das Leiden zur Behandlung kommt. Dass dieselbe natürlich um so günstiger ist, je früher das Leiden diagnosticiert und ein Eingriff unternommen wird, braucht wohl kaum erwähnt werden. Ein flüchtiger Blick auf die Fälle, soweit sie in der Litteratur bekannt sind, veranlasst uns, jedenfalls die Prognose nicht schon von vorne herein als unbedingt „schlecht“ hinzustellen, denn Barnes berichtet von einem Fall, der 8 Jahre; Martin von 3 Fällen, die 5 Jahre; Veit von 2 Fällen, die ebenfalls 5 Jahre vollkommen recidivfrei waren. Schwarz sah unter 23 Fällen 10 recidivfrei.

Blumke macht hierüber eine Zusammenstellung, indem er die Fälle, welche 3 Jahre ohne Recidiv geblieben, als geheilt ansieht, und behauptet, dass 37 % aller Vulvacarcinome geheilt werden.

Betrachten wir nun unsere Fälle, so sehen wir in dem ersten das Carcinom schon 1 Jahr bestehen und trotz des hohen Alters der Patientin, war dasselbe verhältnismässig langsam gewachsen, war vor allem noch nicht in die Tiefe gewuchert und hatte die Leistendrüsen noch nicht ergriffen. Leider aber wurde trotz der Operation ein Recidiv nicht verhindert. In dem anderen Fall war die Frau wegen eines Abscesses der Bartholinischen Drüsen operiert und geheilt entlassen, von einem Carcinom konnte damals noch nichts bemerkt werden. Aber schon nach wenigen Monaten kommt

dieselbe mit einem nahezu thalergrossen, speckig belegten, carcinomatösen Geschwür wieder zur Behandlung. Dennoch konnte hier durch eine ausgedehnte Operation noch ein günstiges Resultat erzielt werden, da nach fast 2 Jahren die Frau vollkommen recidivfrei war.

Nun muss man aber auch bedenken, dass nicht gerade immer die Fälle veröffentlicht werden, die schlechte Resultate ergeben haben. Man muss ferner mit der Thatsache rechnen, dass das Vulvacarcinom, wie auch oben erwähnt wurde, in seinen Anfängen nur selten oder doch nur ganz geringe Beschwerden macht und daher die Patientinnen nur allzuhäufig erst zum Arzt kommen, wenn es für die Heilung zu spät ist. Ferner ist es Thatsache, dass viele Vulvacarcinome gleich von vorne herein einen sehr malignen Charakter annehmen, so dass selbst bei rechtzeitiger Behandlung der verheerenden Krankheit nicht Einhalt geboten werden kann. Alles in Allem ist daher auch die Prognose für das primäre Vulvacarcinom entschieden stets „infaust“ zu stellen.

Was nun die Therapie der Vulvacarcinome betrifft, so kommt wohl als einziges radikales Mittel nur die „Excision im Gesunden“ in Betracht. Man soll sich aber vor der Operation wohl überlegen, welchen Erfolg man von derselben zu erwarten hat. Denn ist das Carcinom nicht mehr radikal operierbar, oder giebt das hohe Alter und der elende Zustand der Frauen zu Bedenken Anlass, so ist es jedenfalls besser, man lässt das Messer davon und sucht durch zweckmässige Behandlung die grössten örtlichen Beschwerden nach Möglichkeit zu lindern, um auf diese Weise den bedauernswerten Kranken die kurze Frist ihres Lebens einigermassen erträglich zu machen. Hat man sich aber zur Operation entschlossen, so operiere man, wie gesagt, „radikal“, d. h. im Gesunden.

Man soll daher auch bei dieser Operation jedesmal die Leistendrüsen mit entfernen, mögen diese nun vergrössert sein oder nicht. Ob man nun hiermit beginnen soll oder nicht, muss wohl der einzelne Fall entscheiden; jedenfalls wird man häufiger erst die Drüsen entfernen und dann den Tumor, wie

umgekehrt, um die Gefahr zu vermeiden, eine aseptische Wunde zu infizieren.

Ganz besonders möchte ich noch auf einen Vorschlag aufmerksam machen, den neuerdings Koblank angiebt, indem er auf die Erfahrungen der Chirurgie bei Mammaamputationen wegen Carcinom hinweist. Wie hier, so will er auch bei der Operation der Vulvacarcinome die Leistendrüsen im Zusammenhang mit dem Tumor entfernen. Zwar wird die Operationswunde entschieden dadurch grösser, aber es wird andrerseits nicht nur das Auffinden der Leistendrüsen, dass oft so sehr grosse Schwierigkeiten macht, dadurch erheblich erleichtert, sondern es werden vor allem auch die schon erkrankten Lymphbahnen zwischen Tumor und Drüsen mit entfernt.

Ferner ist in neuerer Zeit viel darüber gestritten worden, ob man mit dem Thermokauter oder mit dem Messer operieren soll. Man hofft nämlich mit dem Glüheisen nicht nur Blut sparen zu können, sondern man will vor allem durch dasselbe die Gefahr einer Impfinfektion verringern. Pozzi und Fritsch sind daher ganz entschieden gegen Anwendung des Messers.

Wählt man nun zur Operation das Ferrum candens, das ja entschieden seine Vorzüge hat, so giebt man damit aber die prima intentio von vorne herein auf. Die oft recht grosse Operationswunde muss durch Granulationsbildung heilen und dies erfordert nicht nur stets ein sehr langes Krankenlager, sondern ist auch immer mit grossen Gefahren verbunden.

Die Gefahr aber, die bei der Operation mit dem Messer immer wieder von den Gegnern hervorgehoben wird, dass nämlich in die Wundfläche neue Krebskeime eingeimpft werden, darf nicht zu hoch angeschlagen werden. Man muss bei der Operation mit dem Messer nur die genügende Vorsicht walten lassen. Durch das vorherige Verkohlen der carcinomatösen Stellen mit dem Paquelin oder durch einen sorgsamen Verschluss mit Collodium kann man verhüten, dass von den ulcerierenden Stellen aus eine Infection stattfindet. Ganz besondere Vorsicht muss man bei der Operation selbst in Betreff der Instrumente und der eigenen Finger walten lassen,

die das Carcinomatöse womöglich nicht berühren sollen. Vor allem aber sollte man bemüht sein, stets im Gesunden, 1 bis 1½ cm von der Neubildung entfernt, zu operieren. Dabei kann es natürlich vorkommen und in der Tiefe notwendig werden, bis auf den Knochen zu gehen, ja man muss zuweilen auch Teile desselben mit entfernen, wodurch allerdings oft sehr grosse Defekte entstehen können, aber Plastik und Transplantation, für die in dieser Gegend genügend Material vorhanden ist, wird es möglich machen, das Fehlende zu ersetzen. Jedenfalls soll man stets bestrebt sein, die Operationswunde zu verschliessen, denn wenn auch eine prima intentio, selbst bei der Operation mit dem Messer nicht jedesmal erreicht wird, so wird sie doch teilweise fast immer erreicht. Dadurch aber wird viel gewonnen, denn das Krankenlager dieser Patientinnen wird bedeutend abgekürzt und das ist für dieselben von unschätzbarem Wert, zumal bei dem oft schon recht hohen Alter dieser Frauen.

Sehen wir doch auch bei unseren beiden Fällen, wie gut sich die radikale Excision mit daran anschliessender vollständiger Naht bewährt hat. Denn obwohl auch eine vollkommen primäre Heilung nicht erzielt wurde, so konnten doch beide Frauen das Krankenhaus nach 4 Wochen geheilt verlassen. Wenn auch in dem ersten Falle ein Recidiv nicht verhindert werden konnte, so konnte doch bei dem zweiten festgestellt werden, dass die Frau noch nach fast zwei Jahren vollkommen recidivfrei war.

Dieses Resultat berechtigt wohl, den Kampf gegen das primäre Vulvacarcinom, jenes unheilvolle Leiden, immer wieder aufzunehmen. Wenn wir dann noch der Hoffnung Raum geben, dass die Frauen einsehen möchten, wie schwer sie gegen sich selbst sündigen, wenn sie, leider nur allzu oft, zu spät die Hülfe des Arztes in Anspruch nehmen, und wenn wir bedenken, dass die heutige Operationstechnik fast täglich noch verbessert wird, so werden wir auch bald in der Lage sein, noch bessere Heilresultate zu erzielen.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Glaevecke meinen verbindlichsten Dank auszusprechen für die Überlassung der beiden Krankengeschichten, sowie für die freundliche Unterstützung bei meiner Arbeit.

Litteratur.

1. J. Veit, Handbuch der Gynaekologie. Bd. III, 1.
2. Johannes Geist, Über ein Carcinom der Bartholinischen Drüse. Inaug. Dissert. Halle 1887.
3. Carl Blumke, Über maligne Tumoren der Vulva. Inaug. Dissert. Halle 1881.
4. Georg Schwarz, Über die Erfolge der Radicaloperationen der Vulva- und Vagina-Carcinome. Inaug. Dissert. Berlin 1893.
5. Henry Sand, Zur Kasuistik und Aetiologie des primären Vulvacarcinoms. Inaug. Dissert. Kiel 1897.
6. Will Munk, Über Pruritus vulvae mit Carcinom der Vulva. Inaug. Dissert. Erlangen 1897.
7. Adam Koppert, Zur Kasuistik des Carcinoms der äusseren Genitalien des Weibes. Inaug. Dissert. Jena 1898.
8. Richard Franke, Mikroskopische Untersuchungen über maligne Tumoren der Vulva und Vagina, mit besonderer Berücksichtigung des Carcinoms. Inaug. Dissert. Berlin 1898.
9. Alex Rosenbaum, Über die Melanome der Vulva. Inaug. Dissert. Kiel 1900.